MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 1

Dr .Y.RAHEM
Maitre assistant en endocrinologie
Service endocrinologie
CHU TIZI OUZOU unité Belloua

L.M, âgée de 18 ans, élève infirmière, que vous aviez déjà
vue en consultation pour des conseils diététiques en raison
d’un excès pondéral modéré, vous est amenée par sa mère
pour une perte de poids de 6 kg en quelques semaines, une
dyspnée d’effort et une asthénie.
Elle n’a pas d’antécédents médicaux particuliers.
Elle ne prend aucun autre traitement.
Sur le plan familial, sa mère est régulièrement suivie pour
une anémie de Biermer et sa sœur a présenté, 2

À l’examen clinique, le pouls est rapide,régulier à 100/min et il existe un tremblement fin des extrémités.

La palpation cervicale est normale.

Vous évoquez une hyperthyroïdie qui est confirmée par la biologie.

QUESTION N° 1:

D'après les éléments disponibles dans l'observation, quelles sont les deux causes d'hyperthyroïdie à évoquer en priorité ?

Justifiez.

* Maladie de Basedow

* Thyrotoxicose factice

En faveur de la maladie de Basedow:

- argument de fréquence
- jeune âge
- contexte familial auto-immun

En faveur de la thyrotoxicose factice :

- excès pondéral et souhait de maigrir
- milieu médical
- sœur hypothyroïdienne
- consultation demandée par la mère
- absence de symptôme spécifique de maladie de Basedow

(goitre, ophtalmopathie)

QUESTION 2:

Quel est l'examen biologique permettant le diagnostic
différentiel ?

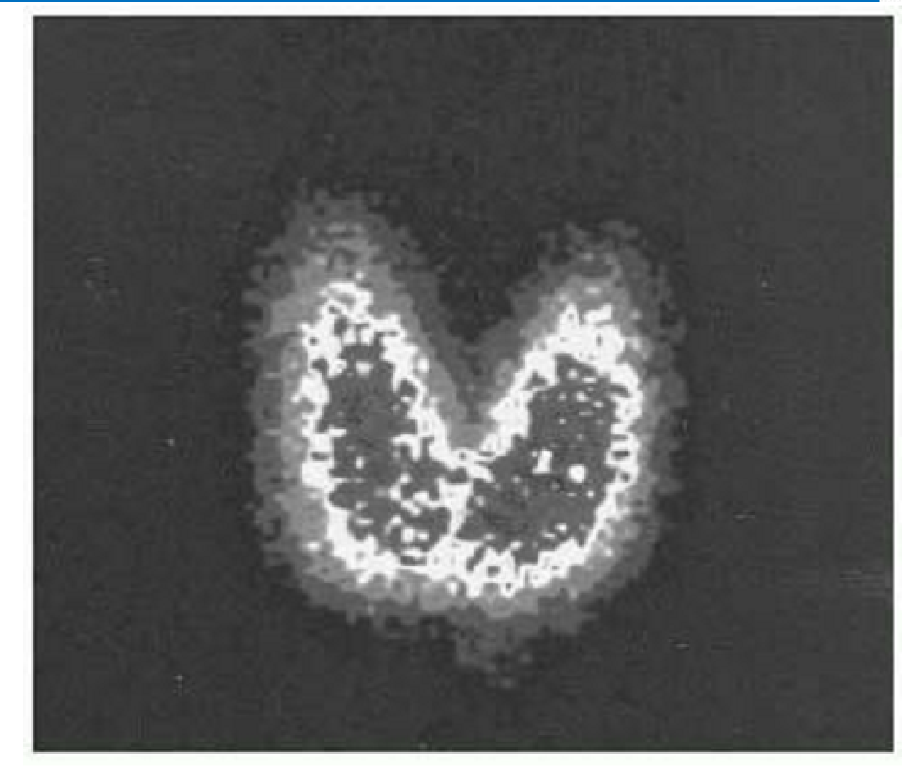
Réponse:

Dosage des anticorps antirécepteurs de TSH (ou TRAK):

- **positifs dans la maladie de Basedow**
- **négatifs dans la thyrotoxicose factice**

QUESTION N° 3
Une scintigraphie thyroïdienne est pratiquée.
Quelle est votre interprétation ?
Qu'en concluez-vous ?

Réponse 3:
***Hyperfixation diffuse du c**
thyroïde
***Permet d'affirmer la mala**
de Basedow


Scintigraphie thyroïdienne

QUESTION N° 4

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

Réponse 4:

- **Traitement médical par antithyroïdiens de synthèse (ATS)**

  (en raison du jeune âge, première poussée) :

  - **prise en charge ambulatoire**
  - **contraception efficace**
  - **carbimazole ou méthimazole : 30-40 mg/j**
  - **NFS/semaine le premier mois (risque d'agranulocytose)**
  - **NFS si épisode infectieux intercurrent**

- **Surveillance du traitement :**

  - **dosage de FT4**
  - **adaptation posologique :**

    - soit diminution progressive des ATS

    - soit association de LT4

- **Durée 12-18 mois**

- **Traitement symptomatique :**

  • propranolol : 20 mg 3 fois par jour en l'absence de contre-indication

  • repos, anxiolytiques, arrêt de travail (15 jours) à discuter

- **En cas de récidive, traitement radical par iode radioactif ou chirurgie après préparation médicale**

QUESTION N° 5:

Quelques semaines plus tard, alors que l'hormonémie thyroïdienne est normalisée sous traitement, elle se plaint d'une protrusion unilatérale droite du globe oculaire.

Qu'en pensez-vous ?

Faut-il réaliser des examens complémentaires ?

Réponse:

Probable exophtalmie basedowienne

Peut apparaître après guérison de l'hyperthyroïdie (15 %)

Scanner ou IRM orbitaire :

- **pour éliminer tumeur rétro-oculaire (par exemple,**

QUESTION N° 6:

À Quels sont les éléments prédictifs de récidive ?

Réponse:

Non; 50% de rechute à l’arrêt du traitement médical

Facteurs prédictifs :

- **goitre volumineux**
- **jeune âge**
- **TRAK positifs en fin de traitement**

QUESTION N° 7

Elle est finalement opérée. Quelques années plus tard, alors

qu’elle est bien équilibrée sous traitement substitutif

thyroxinique, elle envisage une grossesse.

Faut-il envisager une surveillance particulière ?

Réponse:

Deux aspects :

- **besoins thyroxiniques augmentés par la grossesse :**

  nécessité d'une majoration d'environ 30% de la posologie du traitement de LT4

- **guérison de l'hyperthyroïdie par le traitement radical,**

  mais:

  - possible persistance des AC antirécepteurs de TSH

  - risque de passage transplacentaire

  - et de survenue d'une hyperthyroïdie fœtale

  - d'où dosage des TRAK au 2e trimestre :

  Si positifs, surveillance en milieu spécialisé

QUESTION N° 8:

Quelle aurait été votre proposition si la grossesse avait débuté alors qu'elle était encore sous traitement médical ?

Réponse:

Risques tératogènes du carbimazole et du méthimazole :

PTU non tératogène mais risque hépatique :

PTU au 1er trimestre à dose minimale efficace

Suivant évolution, arrêt du traitement au 2e trimestre ou carbimazole